

СӨЖ

Тақырыбы: Балалардағы бөртпелердің диагностикасы:



Қабылдаған: Усманов Н
Орындаған: Сұлтанхан А
Юнусбай М
Тобы: ЖМ-217

Жоспар

- I. Кіріспе
- II. Патогенезі
- III. Диагностикасы
- IV. Ажырату диагнозы
- V. Емі
- VI. Алдын алуы
- VII. Болжауы.

Бөртпелер - ең бірінші скарлатина симптомдарының сипаты. Алдымен олар мойын терісінде және денесінің жоғарғы бөлімінде пайда болады, сосын тез барлық денесіне, бетіне және аяқ қолдарына жайылады. Ауруға бір қарағанда барлық терісінің түгелімен қызыл болып кеткеніндей көрінеді. Алайда тексерісте мұқият қараса, жиі орналасқан майда нүктелі таңбалық көлеміндегі бөртпелерден тұрады. Бұл таңбалар *ашық-қызғылт немесе қызыл бояудай болады; олардың ортасы әдеуір интенсивті боялған, шетіне қарай бояуы бозарады.* Кейбір жерлерде (*ішінің төменгі бөлігінде, шатында, балтырында, аяқ қолдарының ішкі бетінде*) бөртпелер әдеуір көп; олардың элементтері түгелімен қосылады, және толығымен эритема суретін байқатады.



СКАРЛАТИНА

Скарлатина инфекционды бета-гемолитикалық стрептококктың А тобында және антитоксикалық иммунитеттің жоқтығының дамуынан пайда болады. Инфекцирленгендерде, иммунның токсинге, бірақ антимикробты иммунитетінің болмауынан, ангина және басқа стрептококкты инфекция пайда болады.



Некротикалық ангина – скарлатинаның септикалық түріндегі тұрақты тән симптомы. Ол миндалин үстінде, лакундармен байланыссыз, бозғылт-кір некроздар, миндалиннің барлық үстіңгі қабатына жайылуымен тән, ауыр жағдайда тіліне, жұмсақ таңдайына, кеңірдек қабырғаларына пайда болуымен сипатталады.

Тіл жағынан өзгеріс. Тіл, ауру басталғаннан жабылған, 2-3 күннен бастап жабылғысынан тазартыла бастайды; 4-5 күнге ол толығымен тазартылады және «бүлдірген тіл» сипатты түрді алады. Көрсетілген симптомдар аурудың 9-10 күніне дейін тұрақталады, содан кейін тіл жаймен қалыпты түріне келе бастайды. Жеңіл жағдайда скарлатинда осы белгілер кейде өте әлсіз айқындалған немесе жоқ.



Ішкі органдар бұзылысы. Асқорыту органдар жағынан, құсу, іш өтуі, ангина және тілдің өзгеруінен басқа, айтарлықтай өзгерістер байқалмайды. Тәбеті, бастапқы безгек кезеңінде болмайды немесе төмен, кейін қалпына келеді.

Бауыры скарлатиннің орташа ауырлығында және ауыр түріндегі ауруда әдетте ұлғайған және біршама ауырсынған.

Көк бауыры скарлатиннің ауыр септикалық және токсико- септикалық түрінде әдетте ұлғайады.

Қан жағынан өзгеріс. Бұл өзгерістер кейбір ерекшеліктермен сипатталады. Бірінші күннен бастап-ақ лейкоциттер санының көбеюі түріне байланысты $10/108/л - 30*10^9/л$ (10 00-30 000) дейін және одан да көп. Нейтрофильдердің саны 60-70% дейін көтеріледі; ал ауыр жағдайда тіпті 90% дейін; нейтрофильдердің жасқа және тіпті миелоциттерге дейін ядрелі солға қарай ығысуы байқалады. Лейкоцитоздың сатысы, нейтрофилез және ядрелі ығысу тікелей скарлатин ауырлығына байланысты.

Қызылша скарлатиннен айырмашылығы алғашқы катар кезеңінің болуымен, температурасының көтерілуімен, катарды құбылыстармен, энантемамен және ауыз қуысының шырышты қабатында Вельстік-Филатовтың таңбасы болуымен сипатталады. Бөртпе сатысымен бөртеді, әдетте аурудың 4 күнінен бастап. Алғашында бөртпе элементтері майда болады, сосын дұрыс емес макулды-папулезді ірі элементтерден, үлкен бейімділікпен қосылуға дайын. Бөлек элементтер арасындағы тері өзгермеген. Бөртпелердің беті бері қарағанда орнында таңбалы пигментациялар және майда тез түсетін қабыршықтар қалады. Қан жағынан лейкопения, нейтропения, эозинопения немесе анэозинофилия.



Дәрілік бөртпелер (сульфаниламидтерді, антибиотиктерді қолданғаннан кейін) әр түрлі сипаты бар. Олар кейде скарлатинмен өте ұқсас келеді. Орналасуы әр түрлі; сондай-ақ мұрынернінді үшбұрыш терісі бөртпелермен жабылған. Нүктелі қанұюлық жоқ. Содан арғы қабыршықтар, егер олар болса, әдетте денесінде әдеуір айқындалған. Ангина, шеткі лимфаденит және скарлатинге тән өзгерістер тілінде болмайды.

Скарлатинтәріздес бөртпелермен өтетін, скарлатинмен **стафилококктік инфекция** көп ұқсастығы бар. Осы бөртпелердің пайда болуы қандайда бір ірінді ошақтың дамуын білдіреді. Әдетте ангина болмайды. Бірінші ошақтық инфекцияның бактериологиялық зерттеулер материалдарының анықтамасы тануға көмектеседі.



Амоксициллин
енгізгеннен кейінгі
аллергиялық тізбе

Жиі *бөртпе геморрагиялық* сипатты болады. Көп жағдайда 6-12 күндік апирексиядан кейін асқазан - ішек жолының жиі бұзылу симптомымен қызуының көтерілуінде рецидив болады. Брадикардияға тән. Көбінесе ересектер ауырады. Псевдотуберкулезды таяқшаларымен агглютинация реакциясын қоюмен диагнозын анықтайды; басқа да зеретханалы әдістер және ұсынылған – иммунофлюоресценция, түзу емес гемагглютинация реакциясы.

Балалардағы қан жүйесі ауруларының арасында үлкен орынды геморрагиялық диатез алады. Геморрагиялық диатезге гемостаз механизіміндегі күрделі бұзылыстары бар, әр түрлі аурулар жатады, ал клиникада бұл теріасты қанқұйуылуымен немесе шырышты қабаттан қанкетуімен байқалады.

Жиі бөртпе майдатаңбалы болады, сондай-ақ таңбалы-түйіндер кездеседі. Мектепке дейінгі жаста компонентінің болуымен байланысты таңбалы-түйіндер бөртпелері болады, осы уақытта мектеп жасындағыларда майдатаңбалы элементтер анықталады. Қосылмалы сипаттағы бөртпелер буллезды және буллезды-некротикалық элементтермен болуы мүмкін. Жиі қышыма болады. Элементтерді басқанда бөртпелер жойылмайды. Оның кері дамуы бірнеше күнге созылуы мүмкін. Әдетте, тыртық, болмайды, егер бұл бөртпе некротикалық сипатты болмаса. Бөртпеленуінің кезеңі 1-2 күннен бірнеше айға дейін созылады. Терілік синдром ағымында қайталау сипаты болуы мүмкін.

Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез

● *Катаралды кезеңде:*

1. Қызылшамен ауырған науқаспен қатынасу.
2. Аурудың біртіндеп басталуы.
3. Дене қызуының көтерілуі.

● *Бөрту кезеңінде:*

1. Бөртпенің этаптық пайда болуы.
2. Папулезді- дақты бөртпе қосылуға және дақтануға ауысу бағыты бар.
3. Дене қызуының жаңадан көтерілумен бірге бөртпенің пайда болуы.
4. Үдемелі уыттану.
5. Қызба және катаралды синдром ең жоғары дәрежеде анықталады.
6. Бельский-Филатов-Коплик дақтары кезең басында.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

● Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Жалпы қан анализі (6 параметр).
2. Жалпы зәр анализі.

● Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- Окулист, невропатолог, ЛОР-дәрігердің консультациясы (көрсетелім бойынша).

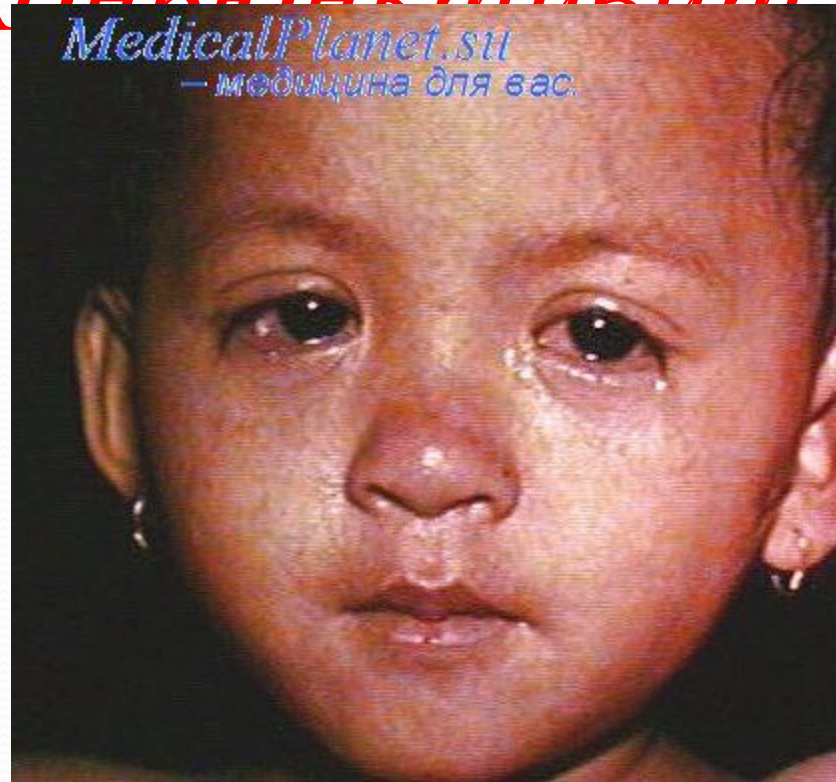
Физикалық тексеру:

1. Біртіндеп ұлғайып келе жатқан катаралды синдром (жөтел, ринит, конъюнктивит және т.б.).
2. Ауыз қуысы шырышты қабығының зақымдалу синдромы (энантема, болбырлық, шұбарлық, күңгірт түс).
3. Бельский-Филатов-Коплик дақтары (кезеңнің соңында).

*Период пигментации кори
(реконвалесценция)*

**ПОСЛЕ СЫПИ ОТМЕЧАЕТСЯ
ПИГМЕНТАЦИЯ**

Корь - конъюнктивит



Корь



Скарлатина



Ска



Ветряная оспа



Ветряная оспа



Ветряная оспа



Ветряная оспа



Скарлатина



Скарлатина



Краснуха



Красивая



Краснуха



SOURCE : CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION

D



Менингококковый менингит



Потница



Ветряная оспа



Аллергическая сыпь



Геморрагическая сыпь



Энтеровирусная сыпь



Воспалительная сыпь



Ротная оспа

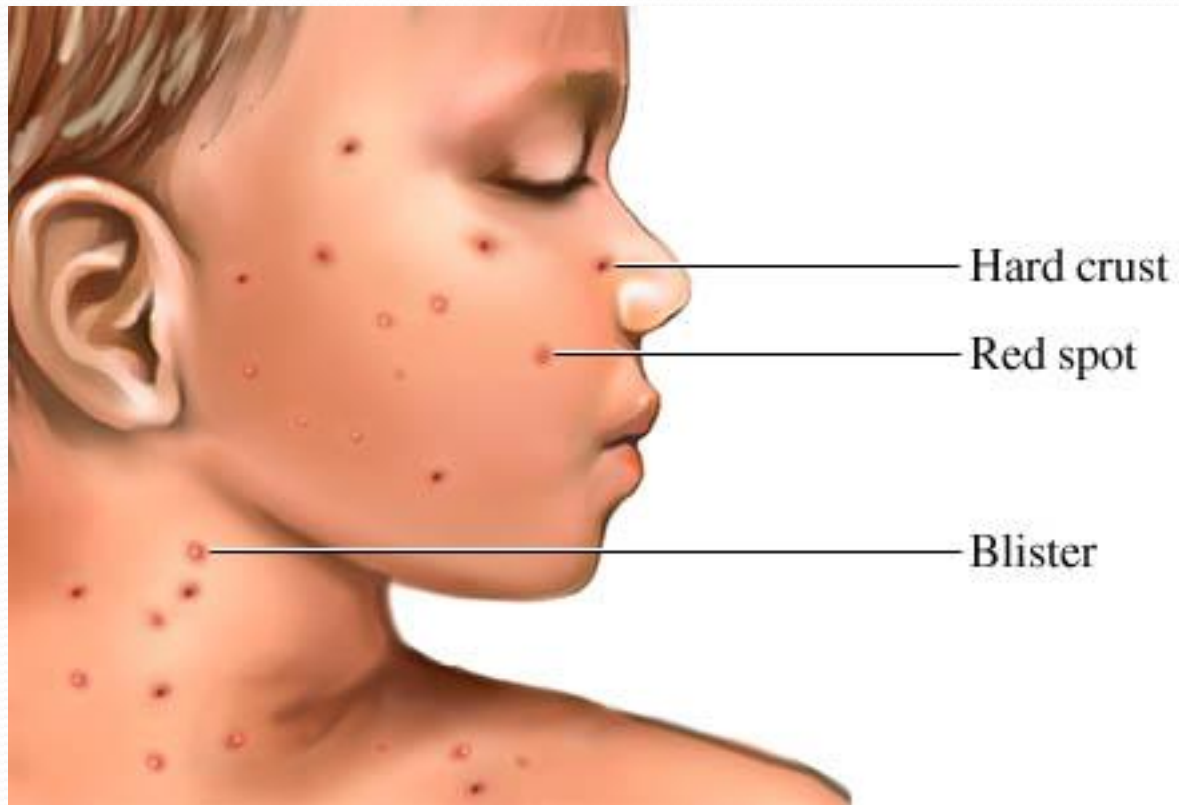


Оспа



Натуральная оспа

Виды сыпей



Ветряная оспа



ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР

1. Вакцинация және ревакцинацияны алмағандар.
2. Иммунды тапшылығы бар балалар.
3. Қызылшамен сырқаттанған баламен қатынасу.
4. Баланың ерте жасы.
5. Күрделіленген преморбидті фон.

ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

1. Режим

2. Диета

3. Дәрі-дәрмектік ем:

1. Ретинол пальмитаты – күніне 1 рет, 2 күн бойы: 6 айға дейін -50.000 Бірл, 6-11 ай-100.000 Бірл, 12 ай және одан жоғары - 200.000 Бірл.
2. Қызба кезінде – парацетамол* бір реттік дозада: 3 айға дейін-10 мг/кг, 3 ай -1 жыл -60-120 мг, 1-5 жас -120-250 мг, 6-12 жас-250-500 мг, 12 жастан жоғары (слмағы 60 кг-нан көп)- 500 мг. Ара қашықтығы 6 сағатан кем емес.
3. Жөтелге қарсы амброксол қабылдайды: 12 жастан жоғары - 30 мг тәулігіне 2-3 рет, 5-12 жас - 15 мг тәулігіне 2-3 рет, 2-5 жас – 7,5 мг тәулігіне 3 рет, 2 жасқа дейін – 7,5 мг тәулігіне 2 рет.

Негізгі және қосымша дәрі-дәрмектер тізімі

● Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. * Калий перманганаты сулы ертінгдісі 1:10000;
2. *Парацетамол 500 мг, табл.

● Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Ретинол ацетаты 1 мл амп.; 50 мг майлы ерітінді капсулада; 114 мг драже;
2. *Амброксол 30 мг табл.; 15 мг/2 мл амп.; 15 мг/5 мл, 30 мг/5 мл сироп.

Әдебиет:

1. Инфекционные болезни у детей.-М.:Б.и.,2001.-83 с.-(Прил. К ж-лу "Педиатрия". Спец. вып.)
2. Педиатрия: Руководство: В 8 кн.: Пер. с англ./Под ред. Р.Е. Бермана.-2-е изд., перераб. и доп.-М.: Медицина. Кн. 3:Инфекционные заболевания.-1992.-640с.
3. Стоматология детского возраста:(Рук. для врачей)/Под ред.
4. Т.Ф.Виноградовой.-М.:Медицина,1987.-528с.:ил.
5. Н.П. Шабалов «Неонатология» 1997
6. Н.П. Шабалов «Детские болезни» 2003